O **BIS** É DE TODOS NÓS! PARTICIPE COM SUAS IDÉIAS!

O BIS

Edição "Estágio Opcional"

Julho de 2003

Editorial: *Em julho, realizei meu estágio opcional no Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária. A idéia do estágio era a de conhecer as diversas atividades realizadas na "Epidemio", para entender melhor "o que está por trás" dos tantos protocolos e fichas que preenchemos nas Unidades. Também pude conhecer um pouco mais do funcionamento geral dos diversos Programas que temos, acompanhando o trabalho das pessoas envolvidas em cada um deles. Eu não poderia deixar de passar por aqui sem participar de um BIS. A experiência neste estágio valeu muito.* ***Assina esta edição****: Angélica Manfroi*

COMPARANDO DIFERENTES REALIDADES

Este ano, realizei um mês de estágio opcional no exterior, assim como outros colegas também o fizeram. Fui para a Espanha e para Portugal, para conhecer como se faz Atenção Primária em outras realidades.

Primeiro, falo a respeito do que, genericamente, é bastante semelhante nos dois países visitados – "um apanhado geral". Depois, coloco as peculiaridades que percebi em cada país.

Escrevo, aqui, algumas impressões a respeito dos serviços visitados, sem a pretensão de realizar uma análise mais profunda, o que necessitaria maior conhecimento e tempo de estágio.

Enfim, procurarei comparar o que conheço da Atenção Primária que é feita no Brasil, mais especificamente no SSC, respeitando a realidade inerente a cada contexto.

ESPANHA E PORTUGAL - GENERALIZANDO

Os centros de saúde: só pela denominação (centro), já podemos imaginar que são maiores que os nossos postos de saúde do Brasil. As equipes são mais numerosas e atendem populações, geralmente maiores, também. Os centros de saúde não têm a estrutura "de casa" como ocorre muito por aqui. Alguns, como forma ilustrativa, podem ser comparados em tamanho com o posto de saúde do IAPI.

As equipes de saúde: as equipes são formadas, basicamente, por médicos, enfermeiros (quase não há auxiliares de enfermagem), psicólogos fisioterapeutas e assistentes sociais. Em Portugal, ainda há médico e técnico em saúde pública. Não há nas equipes odontólogos nem agentes comunitários de saúde. A gerência dos centros de saúde é de responsabilidade médica nos dois países. Em Portugal a chefia do centro é indicada pelo Ministro da Saúde. Na Espanha, não me informei a este respeito.

O médico de família e comunidade: considera-se e é considerado pelos demais como um especialista. A classe médica, como um todo, ainda é muito respeitada, o que está se perdendo no Brasil.Também, o médico parece ter mais autonomia (é mais livre), mesmo sendo funcionário de um sistema.

Os Níveis de Atenção Primário, Secundário e Terciário: por lá, é mais claro o conceito de sistema de saúde formado pelos três níveis de atenção à saúde. Este sistema está em funcionamento mais organizado.

A referência e contra-referência: os encaminhamentos aos especialistas podem ser marcados pelo próprio usuário, diretamente, nos hospitais de referência (Espanha), ou através do centro de saúde (Espanha e Portugal – é a forma mais comum em ambos). A espera por estas consultas também pode ser demorada, (um pouco menos que aqui) e depende da especialidade referenciada (cirurgia vascular: seis a oito meses). Na Espanha, pareceu ser mais ágil que em Portugal.

Atividades de preceptoria: os médicos também realizam as tutorias (preceptorias) dos residentes. Cada médico ligado ao Programa de Residência é responsável por um residente, desde o primeiro ano, até o final do curso (Espanha com três anos, atualmente, com breve expansão para 4 anos e Portugal com três anos).

Atividades de educação em saúde: as atividades com grupos são raras e, quando há, são realizadas por enfermeiras. A enfermagem é responsável pelas atividades de promoção e prevenção.

NA ESPANHA

Passei duas semanas em Granada, sul da Espanha. Conheci dois serviços de saúde com características territoriais distintas, principalmente, no que diz respeito às condições sócio-econômicas. No primeiro centro, a população de abrangência é de 12.000 habitantes (sete médicos) e, no segundo, de 30.000 (dezoito médicos).

O acesso

O acesso aos serviços pareceu-me ser irrestrito. As consultas são marcadas por telefone, diretamente na recepção do centro de saúde, antecipadamente, ou para o próprio dia. Não há filas em frente ao centro de saúde, desde a madrugada, para marcação de consultas, como ocorre mais freqüentemente no Brasil. É muito comum (várias vezes no mesmo dia) um paciente ir consultar acompanhado de familiar que não marcara consulta e que também acaba consultando, sem que isso gere grande incômodo para o médico. Também não é raro um paciente bater

diretamente na porta, sem ter consulta agendada, e ser atendido quando possível.

Quando os pacientes necessitam de atendimento "emergencial" (poucos casos), ou procuram diretamente seu médico no consultório, ou a enfermeira os atende e os encaminha a ele. Não é comum vermos pacientes retirando fichas e aguardando para atendimento de "triagem" com as enfermeiras, como ocorre muito por aqui.

A população demorou alguns anos para "se organizar" e introjetar o significado da Atenção Primária e da função do médico desta área de atuação. Com o tempo, o acesso foi se auto-organizando por lá. Mas, mesmo facilitado, e talvez até mesmo por isso, há queixas devido aos atrasos dos pacientes, quanto às interrupções durante as consultas, entre outras.

Imagino que o vínculo com médico e enfermeira, que as formas de marcação de consultas e o conhecimento pela população dos serviços prestados pelo centro de saúde sejam fatores importantes para o acesso.

A consulta médica

Nestes centros, acompanhei o atendimento de médicos de família. Eles atendem, em média, 30/35 pacientes (na sua maioria adultos) em 5 a 6 horas. As consultas de ginecologia e de pré-natal são marcadas em dias distintos das demais.

O sistema de atendimento é todo informatizado, o prontuário é registrado no computador, bem como as prescrições e tudo o mais. Isso facilita que as consultas sejam rápidas (várias duram cerca de 5 a 6 minutos). Mas, a meu ver, são muito baseadas na queixa principal, e o exame físico é dirigido para esta queixa.

A qualidade do atendimento clínico

Os médicos são bem preparados na anamnese e no exame físico dirigidos, na interpretação de exames complementares (laudam ECG, raios-X de tórax). Alguns têm capacitação em ecografia e a realizam, quando necessário (há aparelho de ultra-som nos centros de saúde).

Há pediatras nos centros de saúde que atendem crianças até os sete ou oito anos de idade, quando estes pacientes, então, podem optar se continuam com o pediatra ou se passam a consultar com o médico de família. Nas áreas rurais, onde não há pediatra, os médicos de família são responsáveis pelas consultas das crianças.

Em princípio, achei muito bom o atendimento médico, parecendo-me que as consultas transcorriam de forma bastante eficiente e resolutiva. Depois de algum tempo acompanhando, porém, fiquei com certa dúvida se este atendimento voltado para a queixa principal não deixa a desejar. Refiro-me a outros problemas que porventura possam existir e que a forma de abordagem muito dirigida, somada ao curto tempo de consulta não permite que se manifestem (saúde mental, por exemplo).

Consulta integrada: médico + enfermeira = manutenção do vínculo e seguimento (longitudinalidade)

Médico e enfermeira trabalham na proporção de 1:1. Cada dupla tem de 1.500 a 1.700 pacientes sob sua responsabilidade. Em alguns centros de saúde, muitas das consultas são realizadas com os dois presentes no consultório. Achei muito interessante esta forma de trabalhar, parecendo-me bastante resolutiva. Os bons resultados deste atendimento ficam nítidos, principalmente, no atendimento de pacientes com doenças crônicas. O médico diagnostica, solicita os exames pertinentes, institui a terapia e, a partir de então, o paciente tem consultas com a enfermeira, que mantém o seguimento. Quando há necessidade de nova consulta com o médico, a enfermeira encaminha o paciente para avaliação clínica. Cada paciente desses tem, em média, duas consultas anuais com o médico e quatro com a enfermeira.

Esta forma de prestação de atendimento pareceu-me facilitar o

estabelecimento e a manutenção do vínculo, bem como o seguimento (longitudinalidade) dos pacientes.

Por outro lado, o paciente fica sem liberdade de escolher com qual médico quer consultar, mesmo que tenha preferências por algum, dependendo do motivo da consulta.

O jaleco branco

Os médicos não o utilizam, como forma de evitar o distanciamento que o jaleco branco pode causar na relação com os pacientes. Interessante, também, é que não o usam, jamais, nas visitas domiciliares, pois pode significar que o médico está passeando em horário em que deveria estar trabalhando.

EM PORTUGAL

Durante duas semanas, acompanhei o atendimento em um centro de saúde de Lisboa (30.000 usuários) e em Rio de Mouro, uma cidade satélite de Lisboa, com cerca de 50.000 usuários. Também a média é de 1.500 a 1.700 pacientes por médico.

O acesso

Há, na agenda médica, espaço para consultas programadas (pré-agendadas tanto pelo médico como pelo paciente) e para as consultas do próprio dia. A forma de marcação ocorre como na Espanha (telefone, diretamente na recepção, consulta pré-agendada ou para o dia). Porém, o acesso não parece transcorrer de forma tão facilitada como na Espanha e há mais pacientes que procuram atendimento sem marcar consultas, bem como pacientes com fichas de "senha" para atendimento "emergencial" para o próprio dia.

A consulta médica

Os médicos atendem cerca de 12 a 20 pacientes em 6 horas. Nota-se, portanto, que as consultas são mais demoradas (20 minutos) do que as da Espanha. As consultas de ginecologia e de pré-natal também são marcadas em dias distintos das demais.

Não são todos os centros que possuem sistema de atendimento informatizado, mais pela dificuldade dos funcionários em adaptar-se a este sistema do que pela indisponibilidade de equipamento.

A qualidade do atendimento clínico

Os médicos são tão bem preparados na anamnese e no exame físico como na Espanha. Não realizam ecografia. Há mais tempo para serem abordados problemas que possam surgir no transcorrer do atendimento. Apesar disso, fiquei com a impressão de haver maior distanciamento médico-paciente, (médico não tão disposto), do que observei na Espanha. Assim, os vinte minutos não parecem ser utilizados de forma produtiva. Observo que me refiro aos poucos médicos que acompanhei, não se podendo fazer, portanto, generalizações.

O Médico de Família, em Portugal, atende crianças.

Uma equipe de enfermagem especial

Não há a proporção de uma enfermeira por médico como ocorre na Espanha.

No centro de saúde de Rio de Mouro, me chamou muito a atenção o excelente atendimento prestado pela equipe de enfermagem. Neste centro, acompanhei, basicamente, o trabalho desta equipe. Há uma parte da enfermagem responsável pelas visitas domiciliares aos pacientes do Programa de Acamados. Esta equipe presta atendimento de forma continuada, chegando a fazer até 20 visitas em um único dia. Têm um carro a sua disposição, exclusivo para esta tarefa, bem como todo o tipo de material necessário para os procedimentos de enfermagem. As enfermeiras ficaram surpresas quando lhes falei que não conseguimos oferecer este tipo de serviço de forma sistematizada e contínua, no Brasil. Pensei na diferença de realidades: enquanto lá, preocupam-se em conseguir uma cama hospitalar para um paciente acamado, aqui, vivenciamos extremos de necessidades: tanto esta preocupação referente à cama hospitalar, como também, de saber se as crianças têm comida em casa, entre tantas outras.

A enfermagem também realiza, em dias específicos, consultas de puericultura, pré-natal, consultas para orientações de pacientes hipertensos, diabéticos, obesos. Existe um atendimento específico de podologia, em que se fazem os cuidados e se fornecem as orientações para os pacientes a respeito do pé diabético. Os procedimentos (vacinas, curativos, medicações injetáveis, etc) também são de responsabilidade das enfermeiras.

Em Portugal, nos centros visitados, a enfermagem não realiza coleta para exame citopatológico, como ocorre na Espanha e no Brasil. Uma enfermeira portuguesa definiu, assim, as funções médicas e de enfermagem:

"O médico tem que conhecer as doenças, saber fazer o diagnóstico diferencial entre elas, solicitar os exames pertinentes e instituir o tratamento; a enfermeira tem que saber o que o médico fez para orientar os pacientes nas atividades de promoção, prevenção e manejo do tratamento".

Achei muito importante sua clareza quanto à definição de papéis, o que, infelizmente, não me parece acontecer na nossa realidade.

O jaleco branco

Os médicos, na sua grande maioria, o usam, principalmente como forma de "identificação do personagem profissional".

COMENTANDO...

Questão do acesso + Demanda + consulta com a enfermagem: Na Espanha, o paciente tem trânsito mais livre ao consultório médico. Aqui e em Portugal, parece haver certas barreiras que dificultam este contato. Assim, é impossível não comparar a aparente facilidade de acesso, em Granada, com a nossa realidade do Brasil. Aqui, vejo o acesso como sendo uma de nossas maiores dificuldades, onde não se parece nunca satisfazer a grande demanda de pacientes que necessitam consultar. Em um estudo de demanda realizado no SSC/GHC – 1998, mais da metade (54,1%) das consultas são para o próprio dia (marcadas no dia ou consultas extras) e 42% são programadas (marcadas com antecedência), com 2,7% de Vds e 0,3% de consultas por telefone. Será que em Granada a demanda é menor ou é mais organizada? Não disponho de dados sobre estudo de demanda nos países visitados. O mesmo estudo realizado em nosso serviço demonstra que 46,8% das pessoas haviam consultado há menos de um mês, o que nos leva a pensar que há pacientes que se utilizam mais dos serviços de saúde – sempre os mesmos que consultam. Imagino que se aqui, como há em Portugal e na Espanha, fossem realizadas consultas de enfermagem de forma mais sistemática, talvez a demanda para consultas médicas viesse a diminuir, ou, ao menos, sobrariam mais consultas para novos pacientes.

Definição de papéis e interdisciplinaridade: os profissionais dos dois países visitados têm ciência de sua função, cada qual exercendo atividades de sua responsabilidade técnica de maneira muito competente e nenhum parecendo ficar sobrecarregado de tarefas. No Brasil, os papéis dos profissionais, muitas vezes, se misturam, o que, ao meu entender, pode dificultar o atendimento de uma maneira geral. Por outro lado, um ponto negativo foi a pouca interação interdisciplinar nas equipes por lá. Cada profissional age de forma competente, mas isolada, com a exceção da consulta em pares de médico-enfermeira relatada.

Território: como aqui, há o mapa do território em cada centro de saúde. Alguns médicos, principalmente na Espanha, pareceram-me conhecer o necessário para prestarem bom atendimento a seus pacientes, mesmo não demonstrando conhecimento aprofundado do território como um todo. Será que não é isso o que realmente importa? Se resolver, este conhecimento já não é o suficiente?

Participação da Comunidade: fica uma questão pendente em relação aos dois países visitados: não sei de que forma a comunidade participa do processo, não vi nada referente à participação dos usuários por lá. Apenas vi caixas de sugestões, nas recepções dos centros de saúde.

Educação para a Saúde: Quando perguntei se a faziam, um médico de Granada me disse que sim, que passava as informações pertinentes no decorrer da própria consulta. Outros, nos dois países, comentaram que reconhecem a importância das atividades educativas, mas, enquanto houver pacientes para serem atendidos, eles serão prioritários. Conheci, somente, uma atividade de educação em saúde, que foi em Portugal. É realizada por técnica em saúde pública e enfermeira. Visitamos uma creche, onde haviam promovido um curso a respeito dos cuidados com higiene e segurança (prevenção de acidentes).

Será que lá, por suas diferentes realidades não se justifica a existência de tais atividades?

Fica a dúvida se estas diferenças em relação ao Brasil são devido às distintas necessidades que há em cada país. Aqui, parecem ser inerentes ao entendimento de Atenção Primária o conhecimento do território, as atividades de educação em saúde (promoção e prevenção), entre outros. Também estas atividades facilitam o contato e a participação da comunidade.

Relação médico-paciente / serviço de saúde-usuário: O nível de entendimento, principalmente na Espanha, (relacionado ao índice de analfabetismo quase nulo?) da população pareceu-me muito importante no referente a sua relação com os serviços de saúde. As comunidades de abrangência dos centros de saúde que visitei são cientes das capacidades de prestação de serviço destes locais e do que se pode esperar deles. Pareceu-me, também, que o paciente assume mais a responsabilidade sobre o processo saúde-doença. Percebi algo próximo ao que considero fundamental na relação médico-paciente ou serviço de saúde-usuário: a divisão de responsabilidades (paciente com mais autonomia). Em Portugal, estas relações ainda baseiam-se muito no modelo paternalista, onde o médico é o responsável pelas questões relativas à saúde do paciente.

Achei muito distintas as formas de relação nos dois países. Interessante é o fato de, na Espanha, apesar do menor tempo das consultas, a resolutividade parecer ser maior, bem como a satisfação do usuário. Será que lá, apesar do pouco tempo para a consulta, o médico está mais preparado para escutar o paciente, ao invés de se preocupar em logo ter de lhe fornecer respostas?

No Brasil, a divisão de responsabilidades me parece um ideal ainda distante de ser alcançado. Ainda mantemos relações mais próximas ao modelo paternalista. Os nossos pacientes de Atenção Primária, na sua maioria, ainda delegam, de forma passiva, o controle da situação para os médicos. Ou, também, será, que os médicos não assumem de forma exagerada tal controle? Será que nossas atividades de vigilância (não questiono sua importância), muitas vezes, não favorecem as relações de dependência?

Entendimento sobre Atenção Primária, Secundária e Terciária: acho importante comentar que é muito difícil se pensar em Atenção Primária de forma isolada das outras duas formas de atenção (Secundária e Terciária), uma vez que o sistema de saúde deve funcionar através das relações entre elas. Quanto mais estiverem estruturadas e interagindo de forma organizada com as demais, mais resolutivo me parece ser o sistema de saúde. Desta forma, o sistema de saúde está mais próximo de tal organização, nos países visitados. Em Portugal e na Espanha, por suas melhores condições sócio-econômicas (mas não só por isso – talvez por prioridades), o acesso ao sistema de saúde é oferecido (pelo Estado) a toda a população – saúde, direito universal. Assim, os usuários já estão acostumados com os três níveis de atenção à saúde e com a relação existente entre elas. Cabe salientar, entretanto, que, na Espanha, há uma porcentagem paga por exames e medicamentos pelos pacientes profissionalmente ativos. Para os pacientes inativos (aposentados ou inativos por invalidez) estes são gratuitos. Obviamente, também há problemas e insatisfações por lá, como em qualquer

parte do mundo. No Brasil, parece haver uma idéia (pré-conceito?) incutida no conceito de Atenção Primária, de que é "medicina para pobre", como se fosse medicina de má qualidade. Aqui, diferentemente dos locais visitados, o acesso à Atenção Primária gratuita como um direito, é oferecido para as camadas mais pobres da população (carentes em acesso à saúde, à educação, à moradia, entre outras condições básicas de vida). Desta forma, as camadas mais abastadas não a aceitam e, tampouco, a população carente, que se espelha no modelo apresentado aos mais ricos como ideal a ser alcançado. Este preconceito existe, inclusive, na própria área médica, em que formação ainda é voltada para as "superespecialidades" (felizmente isso está em processo de mudança) e as remunerações também são bastante diferenciadas, entre outras coisas. Será que se a Atenção Primária tivesse, já de início, sido oferecida para toda a população, esta concepção não seria diferente e a inserção/aceitação do médico de família não ocorreria de forma natural, como uma necessidade? Também podemos notar que pelas próprias características de carência da população atualmente atendida o entendimento da importância da Atenção Primária no seu contexto seja mais dificultado. Aí, então, se fazem mais necessários os trabalhos educativos, como forma de manutenção do vínculo e continuidade dos cuidados junto à comunidade. Mas assim, também, (como ônus?) se perpetua o modelo paternalista de relação médico-paciente.

Talvez a compreensão da Atenção Primária e a introjeção de sua importância pela população ocorram de forma mais facilitada quando esta passar a ser oferecida de maneira universal, e quando os três níveis de atenção à saúde já estiverem funcionando de forma organizada.

Concluindo, achei interessante, como ilustração, utilizar a tabela adaptada por Bárbara Starfield*, para pensarmos onde se enquadram os serviços de Atenção Primária à saúde referidos. Ao meu entender, se tentarmos colocá-los em um ou outro lado da tabela, percebemos que há vários aspectos ainda em transição.

CONVENCIONAL	**ATENÇÃO PRIMÁRIA**
ENFOQUE	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, Atenção e Cura
CONTEÚDO	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por Episódio	Atenção Continuada
Problemas Específicos	Atenção Abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de Outros Profissionais
Consultório Individual	Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas Setor de Saúde	Colaboração Inter-Setorial
Domínio pelo Profissional	Participação da Comunidade
Recepção Passiva	Auto-Responsabilidade

*Starfield, Barbara: Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. pág 33.

Contatos: Espanha/Granada: Unidad Docente de Medicina Familiar: Drª Emília Bailón Muñoz: bailon.sspa@juntandalucia.es
Portugal/Lisboa: Coordenação de Internato de Clínica Geral da Zona Sul: Drª Ricardina Barroso: coordenacao.g@netc.pt